

年 月 日

弥彦村長 様

申請者
住 所
氏 名 ⑩
電話番号
運転者氏名

次のとおり人工透析通院費の助成を申請します。

障害者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		電話番号	
障害者手帳	番 号	第 号	等 級	種 級
	交付年月日	年 月 日	障 害 名	
車 検 証	自動車登録番号		排 気 量	
	所 有 者 (使用者)			
振込金融機関 (申請者名義)	(銀行・信金・信組・農協) 本店 支店		普通 ・ 当座 (口座番号)	
タクシー利用券の交付の有無			有 ・ 無	
受診医療機関名				

(備考)

- 障害者手帳、車検証の写しを添付してください。
- 申請者が、入院または病状回復等により通院の必要がなくなった場合は届け出て下さい。
- 医療機関の変更や再通院をすることとなった場合は、再度申請して下さい。